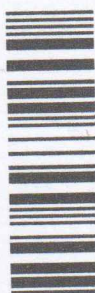


2-N⁺

370579
INTERCÂMBIO

Formulário para o(a) autor											
1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/4/10/9/12/01		4-Data de Autorização 11/4/10/9/12/01		5-Semana AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7850/98		7-Data Validade de Semana 10/3/11/12/12/01	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 1010201253117402010101011011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/1/11/1/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome FABIANA ALBINO DOS SANTOS		14/12/1973		14-Telefone (11) 1111111111		15-Nome do Titular do plano FABIANA ALBINO DOS SANTOS					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Abandono a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ANTONIO JULIO FRAGOSO NETTO		18-Número no CRO 41157		19-UF MG		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNUJ / CPE 1312931849811011		22-Nome do Contratado Executante ANTONIO JULIO FRAGOSO NETTO		23-Número no CRO 41157		24-UF MG		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante				27-Número no CRO 41157		28-UF MG		29-Código CBO S			
ANTONIO JULIO FRAGOSO NETTO											

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados:														
30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Cid	36- Quantidade	37- Valor	38- Franquia/Co-participação	39- Anl	40- Data de Realização	41- Motivo da Glose	42- Assinatura		
1-0	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA												
2-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3	6,00	0,00		24/09/20		[Assinatura]		
3-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3	6,00	0,00		24/09/20		[Assinatura]		
4-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3	6,00	0,00		24/09/20		[Assinatura]		
5-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3	6,00	0,00		24/09/20		[Assinatura]		
6-														
7-														
8-														
9-														
10-														
11-														
12-														
13-														
14-														
15-														

43- Data Previsto Término do Tratamento

44- Tipo de Atendimento

45- Tipo de Faturamento

46- Total Quantitativo US

47- Valor Total R\$

48- Total Franquia / Co-participação R\$

1- Tratamento Odontológico

2- Exame Radiológico

3- Ortodontia

4- Urgência/Emergência

1- Total

2- Parcial

1

78,00

0,00

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto e

49- Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Odontológicos S. S. Ltda